

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL GLAUCOMA MEDIANTE IRIDOTOMÍA CON LÁSER**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

El glaucoma es una enfermedad ocular que se caracteriza por el aumento de la presión dentro del ojo, lo que provoca daño progresivo al nervio óptico, reducción del campo visual y, finalmente, ceguera irreversible. En algunos casos, el aumento de la presión intraocular ocurre porque la comunicación entre las cámaras anterior y posterior del ojo, a través de la pupila, es insuficiente. Esto puede suceder cuando el ojo es pequeño y sus cámaras son estrechas (glaucoma por cierre angular) o cuando se produce un cierre de la comunicación debido a inflamación (sinequias pupilares).

El procedimiento consiste en hacer un pequeño orificio en el iris (la parte coloreada del ojo) para restablecer la comunicación de las cámaras anterior y posterior del ojo.

Para llevar a cabo la iridotomía, se instilan en el ojo unas gotas de anestesia tópica y gotas de pilocarpina, que provocan la contracción de la pupila. Luego, se coloca una lente sobre la superficie ocular, lo que permite aplicar de manera precisa varios disparos de láser sobre el iris y realizar un orificio en este. Generalmente, se utiliza el láser YAG, pero también se puede emplear láser térmico, como el láser de argón. Si el iris es muy grueso, puede ser necesaria más de una sesión para completar la iridotomía.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos imprevistos.

La finalidad de esta técnica es reducir la presión intraocular y disminuir el riesgo de pérdida de visión.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

#### Durante la aplicación del láser:

- Hemorragia y lesiones de estructuras oculares: córnea, iris y cristalino.

#### Después de la aplicación del láser:

- Molestias y/o dolor en la zona y/o enrojecimiento ocular.
- Hemorragia en la cámara anterior del ojo (hipema).
- Formación de catarata.
- Inflamación ocular.
- Aumento transitorio o permanente de la presión intraocular.
- Cicatrización del orificio, teniendo que recurrir a su repetición o a la cirugía.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- ☐ No tiene    ☐ Diabetes    ☐ Obesidad    ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia    ☐ Edad Avanzada    ☐ Tabaquismo    ☐ Tratamiento anticoagulante

☐ .....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Iridectomía quirúrgica.
- Cirugía.

### AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DEL GLAUCOMA MEDIANTE IRIDOTOMÍA CON LÁSER"

Yo, D./Dª. \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: